

## U.O. Medicina Generale

Sig./Sig.ra CITTASSISS UNO nato/a il 01/01/2001

Saronno,

Egregio Collega,

dimettiamo in data odierna la Sig.ra , nata il giorno //, ricoverata presso l'U.O. Medicina Generale della nostra Casa di Cura dal giorno //2012.

### **DIAGNOSI: PROVA**

### **IN ANAMNESI:**

### **EPICRISI:**

La paziente giungeva alla nostra osservazione proveniente dalla U.O. di Ospedale di dimessa con diagnosi di Veniva ricoverata per proseguire le cure e l'osservazione.

Durante la degenza eseguita valutazione clinico funzionale fisiatrice con indicazione alla prosecuzione del programma riabilitativo individuale in regime di degenza presso l'U.O. di Riabilitazione Generale Geriatrica/Mantenimento.

Durante la degenza eseguito training rieducativo assistito per il recupero minime autonomie nei passaggi di postura, verticalizzazione e cammino per brevi tratti con ausili/assistenza.

Durante la degenza eseguita valutazione fisiatrice per la prescrizione degli ausili (mod.03) necessari in previsione del rientro a domicilio. Attivato inoltre servizio ADI per la gestione del catetere vescicale/la prosecuzione delle medicazioni a domicilio.

Compatibilmente con le condizioni cliniche generali e per il decadimento cognitivo in atto non si ritiene proponibile il trasferimento in Riabilitazione Intensiva per le limitate potenzialità di recupero funzionale

Si dimette in condizioni cliniche stazionarie,

### **TERAPIA CONSIGLIATA:**

La terapia può essere proposta anche con nomi commerciali per agevolare il paziente. In base alle leggi vigenti la terapia è sostituibile con equivalente generico.

### **SI CONSIGLIA:**

Cordiali saluti,

Il Medico di Reparto  
Dr.

IN CASO DI NECESSITA' CONTATTARE IL NUMERO DEL CENTRALINO

## **U.O. Medicina Generale**

Sig./Sig.ra **CITTASSISS UNO** nato/a il **01/01/2001**

---